

Un Protocolo de Análisis Contingencial: Aproximación a la validez de contenido

Trabajo de grado para optar al título de psicóloga

María Camila Delgadillo Romero

(Autora)¹

Telmo Eduardo Peña Correal

(Director)

Noviembre de 2016

Programa de psicología

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

¹ La correspondencia en relación a este informe debe dirigirse a María Camila Delgadillo Romero, Programa de Psicología, Universidad del Rosario, Quinta de Mutis, Cl. 63D N°24-31. Correo Electrónico: camiladelgadillo3@gmail.com

Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por

María Camila Delgadillo Romero

Titulado: *Un Protocolo de Análisis Contingencial: Aproximación a la validez de contenido*

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

Esta acta se firma a los 02 días del mes de Diciembre de 2016

Director del Trabajo de Grado


Firma del Director

2/12/16.
Fecha

Coordinador de Trabajos de Grado del Programa de Psicología


Firma del Coordinador de T.G.

2/12/2016
Fecha

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Paradigmas de evaluación psicológica	9
Modelo psicopatológico	9
Modelo psicodinámico	10
Modelo humanista	12
Modelo de la terapia familiar sistémica	13
Modelo cognitivo-conductual	14
La psicología interconductual	16
El campo interconductual	17
La mediación social de propiedades	18
El análisis contingencial en psicología clínica	20
El constructo de contingencia	23
Pasos para desarrollar el análisis contingencial	24
Validez y confiabilidad en la formulación clínica	28
Objetivos	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Método	29
Diseño	29
Participantes	30

Procedimiento.....	30
Resultados.....	30
Discusión	32
Referencias.....	35
Anexos	39
Protocolo de evaluación desde el Análisis contingencial.....	39
Matriz de evaluación del protocolo	47
Guías de formulación clínica.....	57

Resumen

El análisis contingencial es una alternativa novedosa ante los modelos de evaluación psicológica desarrollados previamente (psicopatológico, psicodinámico, de la terapia sistémica familiar, humanista y cognitivo-conductual), que pretende definir los problemas de los consultantes con base en las relaciones entre su comportamiento, la conducta de otros y las prácticas sociales en la que se circunscriben ambos. Con el objetivo de validar un protocolo de evaluación fundamentado en el análisis contingencial, tres psicólogos clínicos con experiencia, analizaron cada una de las categorías propuestas: datos iniciales, identificación de las relaciones microcontingenciales, definición de las relaciones macrocontingenciales, génesis del problema, análisis de soluciones y procedimientos de intervención; con base en los criterios de claridad (grado en el que el ítem es presentado de forma precisa y clara, que permite su fácil comprensión) y pertinencia (correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual será usado). Los resultados encontrados indican que cada una de las categorías del protocolo permiten evaluar adecuadamente las problemáticas de los usuarios debido a que todas fueron consideradas como pertinentes, no obstante, se requiere modificar algunos aspectos ya que no cuentan con la claridad suficiente para ser comprensibles, probablemente por el uso de un lenguaje demasiado técnico, que conllevaría a errores en el proceso de evaluación.

Palabras clave: Evaluación psicológica, formulación clínica, análisis contingencial

Abstract

Contingencial analysis is an alternative to previously developed psychological evaluation models (psychopathological, psychodynamic, family systemic therapy, humanistic and cognitive-behavioral), which seeks to define the problems of the consultants based on the relationships between their behavior, the behavior of others and the social practices in which both are circumscribed. In order to validate an evaluation protocol based on the contingencial analysis, three experienced clinical psychologists analyzed each of the proposed categories: initial data, identification of microcontingency relationships, definition of macrocontingency relationships, genesis of the problem, analysis of solutions and intervention procedures; based on the criteria of clarity (degree in which the item is presented in a precise and clear way, which allows its easy comprehension) and pertinence (correspondence between the content of the item and the dimension for which it will be used). The results indicate that each of the categories of the protocol allow to adequately evaluate the problems of the consultants because all of them were considered as relevant, however, some aspects need to be modify considering that they are not clear enough to be understandable, probably by the use of technical language, which would lead to errors in the evaluation process.

Key words: Psychological evaluation, clinical formulation, contingencial analysis

Un Protocolo de Análisis Contingencial: Aproximación a la validez de contenido

La psicoterapia se entiende como un procedimiento ejercido por un profesional, en el cual se hace uso de las técnicas derivadas del conocimiento psicológico para ayudar a resolver los problemas del consultante, en el contexto de la relación profesional que se establece (Feixas & Miro, 1993). Sin embargo, previo a realizar un proceso psicoterapéutico es necesario recolectar y analizar la información brindada por quien consulta, con el objetivo de poder explicar la problemática y decidir el procedimiento más efectivo para la misma. Para llevar a cabo lo anterior, se deben realizar dos procesos complementarios que preceden la intervención: la evaluación psicológica y la formulación clínica (Haynes, O' Brien & Kaholohula, 2011).

La evaluación psicológica consiste en la recolección de información a través de diversos métodos e instrumentos, como por ejemplo la entrevista, la observación, los autoinformes, la autoobservación, la aplicación de cuestionarios e inventarios psicométricos, el registro de conductas, entre otros, que permitan explorar y configurar el problema del consultante (Buela-Casal & Sierra, 1997). El proceso de evaluación se realiza con base en un paradigma particular, es decir, teniendo en cuenta un conjunto de principios, estrategias y criterios debidamente justificados, que permiten discriminar la información necesaria, elegir las técnicas de recolección de información adecuadas y definir el procedimiento de análisis (Fernández-Ballesteros, 2002).

Cabe resaltar que los modelos postulados para la evaluación psicológica coinciden con los enfoques procedentes de la disciplina, puesto que han desarrollado propuestas que especifican qué variables, métodos, técnicas y ámbitos deben ser tenidos en cuenta durante el proceso (Fernández-Ballesteros, 2002).

Por otro lado, la formulación clínica se entiende como una hipótesis acerca de los factores causales, precipitantes y mantenedores de los problemas de los consultantes, la cual permite

organizar y analizar adecuadamente la información para el diseño de una guía de intervención, concordante con el paradigma de evaluación definido (Eells, 2007). Además de lo anterior, permite definir la relevancia de cada uno de los problemas identificados durante la consulta, las variables causales relacionadas con cada problemática, el mecanismo psicológico que explica el problema, y la trascendencia de la evaluación psicológica para el proceso de intervención y de recolección de información (Haynes et al., 2011).

Una adecuada formulación clínica se caracteriza por ser integrativa, en tanto que permite resumir la información relevante del caso a tratar y generar hipótesis al respecto; explicativa ya que tiene en cuenta cuál ha sido la evolución del problema y las variables históricas y actuales que lo esclarecen; prescriptiva debido a que proporciona un diseño apropiado de metas y estrategias de intervención; predictiva porque permite definir la línea base con la cual se compararan los logros terapéuticos y los obstáculos del proceso; y además es una guía de la relación terapéutica que ayuda a identificar las dificultades en la misma y facilitar la empatía (González, 2009).

El proceso de elaboración de la formulación clínica presenta una serie de retos al profesional, dentro de los que se encuentran: (a) la presencia de múltiples problemas de comportamiento ante los cuales debe ser definida la relevancia de estos con base en la afectación que tienen en la calidad de vida del consultante o en la interacción entre ellos, (b) la influencia de múltiples variables causales o de una variable causal que actúa por diversas vías que dificulta la identificación de las variables a modificar en el proceso de intervención, (c) la necesidad de evaluar el logro de las metas de intervención en diferentes momentos con el fin de establecer si se está logrando el objetivo o si es necesario modificar el plan de intervención para que sea así, (d) la variabilidad de los problemas en los individuos que implica la definición de una

perspectiva nomotética o ideográfica en el proceso de intervención, y (e) la selección de un proceso de intervención fundamentado en la efectividad del mismo y en la evidencia empírica reportada de éste (Haynes et al., 2011).

Paradigmas de evaluación psicológica

No obstante, como se mencionó previamente, la psicoterapia se enmarca dentro de un paradigma particular que define la evaluación psicológica y la formulación clínica. Dentro de los paradigmas reconocidos actualmente se encuentran: el psicopatológico, el psicodinámico, el humanista, la terapia sistémico familiar y la terapia cognitivo-conductual, los cuales difieren entre sí debido a la conceptualización que se hace de cada uno de ellos. A continuación, se especifican las particularidades de estos.

Modelo psicopatológico

El modelo psicopatológico fue implementado luego de la segunda guerra mundial en la psicología y pretendió adaptar los conceptos fundamentales del modelo médico a la explicación de las alteraciones del comportamiento (Buela-Casal & Sierra, 1997). De acuerdo con lo anterior, se buscó diferenciar la conducta considerada anormal de la normal con base en una serie de categorías diagnósticas (enfermedades mentales) definidas por un grupo de profesionales, en las cuales se agrupan problemas comportamentales (síntomas) que se presentan en un conjunto de individuos (Sturmey, 2009).

En concordancia con lo anterior, el objetivo del proceso de evaluación desde este modelo es la identificación de un diagnóstico en función de la sintomatología, que va a evidenciar una alteración en el organismo sea de tipo estructural o de funcionamiento del sistema nervioso, e indicará el pronóstico de la psicopatología (Buela-Casal & Sierra, 1997). Debido a que los síntomas de la enfermedad mental son un grupo de conductas anormales, la intervención se

dirigirá a la eliminación de estas por medio de tratamientos médicos reconocidos como más efectivos para cada una de las patologías (Sturmey, 2009).

Este modelo ha demostrado ser útil en la evaluación de trastornos con alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas de base. Sin embargo, no se justifica el uso exclusivo del tratamiento médico inclusive si se tienen en cuenta factores de vulnerabilidad diferentes a las condiciones biológicas (Buela-Casal & Sierra, 1997).

En la misma línea de la crítica anterior, se exponen las siguientes dificultades del modelo psicopatológico: la presunción de que cualquier desviación del comportamiento considerado normal es una patología o enfermedad, debido a que se hace uso de premisas obtenidas desde modelo médico, las cuales son aplicadas en otra práctica y contexto profesional; el uso de las categorías diagnósticas que generan una argumentación de tipo circular y carente de justificación, ya que son usadas tanto para clasificar como para explicar las alteraciones del comportamiento; y la escasa fiabilidad del modelo ya que a pesar de que promueve el lenguaje común entre los profesionales, hay covariación en las respuestas de los especialistas ante las alteraciones de comportamiento de un mismo individuo (Buela-Casal & Sierra, 1997; Ribes, 1972).

Modelo psicodinámico

El paradigma psicodinámico es una variante del modelo psicopatológico, que pretende explicar la etiología del comportamiento por medio de la descripción de las estructuras intrapsíquicas del sujeto (estructuras internas de la personalidad) y su funcionamiento (Kircher, Torres & Forns, 1998). Lo anterior implica que los factores intrapsíquicos (preconsciente-consciente-inconsciente; yo-ello-superyo, mecanismos de defensa) son las causas que subyacen la conducta y están presentes en la mente en forma de impulsos, pulsiones, deseos, motivaciones

y conflictos. De acuerdo con esto, la conducta es vista como un signo que debe ser interpretado, con el objetivo de poder evidenciar la actividad psíquica no observable (Buela-Casal & Sierra, 1997). Es decir, la intervención propuesta desde este modelo está dirigida a realizar una interpretación del problema actual con el objetivo de hacer consciente el trauma original y de poder usar la relación terapéutica como un vehículo que permita lograr el cambio (Johnstone & Dallos, 2014).

Una de las propuestas de evaluación y formulación desde este modelo es la de Messer y Wolitzky (Ver González, 2009), quienes buscan identificar los aspectos estructurales de la personalidad dentro de los que se encuentran las funciones autónomas del ego (disrupciones biológicas, perceptuales, motoras, etc), los afectos, impulsos y defensas (cómo la persona experimenta los impulsos y sentimientos, y los mecanismos de defensa), las funciones relacionadas con los objetos (cómo el consultante se relaciona con otros, así como su representación del self, del otro y la relación entre estos) y las funciones relacionadas con el self (habilidad para mantener coherencia, estabilidad y una evaluación positiva del self). Además, se establecen los aspectos dinámicos de la personalidad (deseos, instintos, necesidades, temores, conflictos, significados, motivaciones), los antecedentes evolutivos (cómo el consultante se ha enfrentado a las crisis de las diferentes de desarrollo) y los aspectos adaptativos (fortalezas y debilidades usadas para predecir la adaptación del paciente).

A pesar de que el modelo psicodinámico pretendió generar un modelo explicativo diferente al del modelo psicopatológico, existen críticas al respecto de esta formulación teórica, dentro de las que se encuentran: la definición imprecisa y ambigua de sus constructos, lo que dificulta la validación los mismos (Kircher, Torres & Forns, 1998; Buela-Casal & Sierra, 1997); la falta de validez en el proceso de evaluación ya que el nivel de inferencia e interpretación del

profesional es muy alto, lo que implica ambigüedad y especulación no científica (Kirchner, Torres & Forns, 1998); la escasez de instrumentos fiables puesto que estos deben ser interpretados por el profesional, lo cual limita su garantía y evita la comparación intersujetos (Buela-Casal & Sierra, 1997); y la falta de estudios que demuestren su eficacia (Pomerantz, 2011).

Modelo humanista

El planteamiento del paradigma humanista surgió como una alternativa a las corrientes psicoanalítica y conductista; basado en las posturas de la psicología de la Gestalt, Alderiana, Junguiana, existencial, y en las obras de Maslow y Rogers sobre autorrealización y crecimiento personal (Martínez, 1982). Este modelo expone como interés principal el estudio y la comprensión del ser humano como un todo, dotando de relevancia factores como la experiencia consciente (percepción del mundo) y las cualidades del hombre (elección, creatividad, valoración, autorrealización, entre otras) (Martínez, 1982). Lo anterior permite suponer que la conducta es un elemento secundario y posterior a la experiencia del hombre, por lo cual se busca describir esta última a partir de la subjetividad e introspección del individuo (Buela-Casal & Sierra, 1997).

De acuerdo con lo descrito, el objetivo de la evaluación desde este modelo es la definición de la personalidad desde una visión global, en donde se tienen en cuenta características como las siguientes: autopercepción, autoconcepto, percepción de otros, estrategias de solución de problemas y autorrealización (Martínez, 1982).

Un ejemplo de formulación clínica diseñada desde este modelo es la de Winkler y Chacón (Ver González, 2009), donde se establece el mapa psicológico del consultante, con base en las siguientes categorías: la definición del paciente (características externas y factores de

personalidad), la descripción del problema (motivo de consulta, situación y la influencia del problema en otras áreas) y la implementación del plan de acción

En relación con este modelo se presentan las siguientes críticas: la formulación deficiente del concepto de conducta, el cual se limita a su descripción e ignora la identificación de sus causas; la escasez de postulados científicos debido a que son un grupo de descripciones que no permiten generar hipótesis verificables; y el uso de métodos interpretativos que no permiten la validación de los constructos ni la evaluación de la eficacia del modelo (Buela-Casal & Sierra, 1997).

Modelo de la terapia familiar sistémica

Este modelo nace entre los años 1952 y 1962, cuando terapeutas de formación independiente llevan a cabo entrevistas con el grupo familiar del consultante. Lo anterior evidenció la necesidad de modificar la concepción intrapsíquica de los problemas de los individuos al notar la importancia de las relaciones presentes entre los miembros del grupo familiar (Ochoa de Alda, 1995).

La terapia familiar sistémica hace uso de principios derivados de la cibernética, la teoría general de los sistemas de Bertalanffy y la teoría de la comunicación, por lo cual define el grupo familiar como un sistema, es decir, como un conjunto de personas que interactúan entre sí y que tienen la capacidad de autorregularse por medio de la homeostasis y la evolución (Cusinato, 1992). De acuerdo con lo anterior, el objetivo de la evaluación de este modelo será el estudio de las relaciones entre los individuos que permita definir las reglas del sistema familiar, por lo cual, la determinación de los límites entre el sistema familiar y el ambiente, así como las etapas del ciclo vital familiar (secuencia de etapas normativas que se caracteriza por períodos de adaptación y cambio) serán esenciales en el proceso de evaluación de las alteraciones del comportamiento,

debido a que se consideran una forma de adaptación coherente a una situación confusa que tiene lugar en una organización familiar disfuncional (Ochoa de Alda, 1995).

La formulación clínica está dirigida a identificar los axiomas de la comunicación y las patologías de estos en el caso particular, la secuencia de interacción a partir de la puntuación de los hechos, las soluciones intentadas y la explicación del rol del consultante como regulador homeostático en la familia (González, 2009).

Aunque es un modelo que muestra una nueva concepción de los problemas de conducta basado en la interacción entre individuos de un grupo, existen críticas con respecto a sus postulados, dentro de las que se encuentran: la negación de la posibilidad de desarrollo de patrones desadaptativos individuales ya que se considera que las manifestaciones conductuales se deben a disfunciones en el sistema familiar exclusivamente; la baja probabilidad de establecer una correlación entre problemas individuales e interpersonales ya que todos se conciben como si fueran del sistema familiar ; y la falta de fundamento empírico de los supuestos teóricos puesto que no son sometidos a validación empírica y hay poca consistencia entre ellos (Martínez, 1986).

Modelo cognitivo-conductual

En este modelo se propone el análisis funcional de la conducta anormal, en donde se pretende evaluar los antecedentes (historia de aprendizaje, condiciones biológicas, contexto), los modos de respuesta (emoción, cognición y conducta) y las consecuencias de la conducta considerada problemática, con el fin de establecer las relaciones contingenciales entre estos tres aspectos. Con base en lo anterior, se busca explicar el comportamiento anormal de acuerdo a la historia de aprendizaje del consultante o a los patrones de interacción encontrados en el análisis funcional, para poder elaborar hipótesis de adquisición y mantenimiento de la conducta problemática (Sturme, 2009).

En concordancia con las hipótesis elaboradas, se selecciona un plan de intervención basado en la evidencia, en donde es posible hacer uso de protocolos descritos como efectivos para una problemática particular o la aplicación de una intervención re-diseñada para el caso del consultante. En general, las intervenciones hacen énfasis en la modificación del comportamiento anormal para que este sea funcional o en la adquisición de nuevos comportamientos (Haynes et al., 2011).

Dentro de los ejemplos de formulaciones clínicas desarrolladas en diferentes países se encuentran: la formulación clínica de caso de la Terapia Dialéctica Comportamental (Haynes et al., 2011), formulaciones de análisis funcional de triple relación de contingencia, las formulaciones clínicas basadas en múltiples sistemas de respuesta y la formulación analítica conductual (Castro & de Greiff, 2014). En Colombia, destaco la formulación transdiagnóstica (Castro, 2014) y la formulación desde las categorías de bienestar psicológico (Caycedo, Ballesteros & Novoa, 2008).

Entre las ventajas que se identifican en este modelo se encuentran: la fundamentación del proceso de evaluación en los principio teóricos del aprendizaje, la posibilidad de describir precisa y objetivamente la conducta, la replicación de las estrategias de evaluación e intervención, el énfasis en los determinantes actuales de la conducta, la correlación entre el proceso de evaluación e intervención, la relevancia de la influencia del medio en el problema y la identificación de variabilidad intrasujeto (Buela-Casal & Sierra, 1997; Kircher, Torres & Forns, 1998). Sin embargo, este modelo también presenta algunas limitaciones, como la identificación de los problemas de conducta con base en su morfología, lo que implica la imposición de una orientación patológica; la interpretación a priori de los causales del comportamiento, ya que este se definen por contingencias externas; y el planteamiento de intervenciones con base en la

correspondencia de la morfología del comportamiento y las técnicas disponibles, en vez de la evaluación funcional de la conducta (Díaz et al., 1989).

La psicología interconductual

El objetivo de este trabajo es presentar una alternativa a los modelos de evaluación descritos previamente, que pretende superar las falencias de estos. Este modelo se conoce como análisis contingencial y es un programa analítico desarrollado a partir de la propuesta planteada por Ribes y López en 1985, que busca identificar y definir los problemas del individuo a partir de las relaciones de su comportamiento con otros y con las prácticas sociales en las que se circunscribe (Ribes, 1990). Como se ha reiterado desde el inicio, cada modelo de evaluación y formulación clínica en psicología se enmarca dentro de un paradigma en particular, para el caso del análisis contingencial el paradigma corresponde a la psicología interconductual, propuesto por Kantor en 1926 y desarrollado por Ribes y López en 1985 (Rodríguez & Landa, 2005).

La psicología interconductual es una propuesta conceptual para la psicología que aunque está enmarcada en la tradición conductista, pretende superar algunas limitaciones del conductismo histórico. Para llevar a cabo lo anterior, Kantor estableció dos cambios importantes: (a) la definición de conducta como interconducta, es decir, la interacción del organismo con otros organismos, eventos, objetos y las propiedades de cada uno de estos, que es identificable cualitativa y funcionalmente; y (b) la formulación de un sistema explicativo y descriptivo basado en el concepto de interdependencia de factores dentro de un campo (Rodríguez & Landa, 2005).

Al definir la interconducta como la unidad de análisis de la psicología, se da pie para establecer límites teóricos entre lo biológico y lo social, debido a que el objeto de estudio de la ciencia psicológica es “describir y entender la forma en la que un ser biológico transforma la naturaleza, sobre la base de un desarrollo posibilitado por la sociedad” (Ribes & López, 1985).

Lo anterior implica el reconocimiento de lo biológico y lo social como condiciones necesarias, pero no suficientes para la explicación de lo psicológico, ya que estos tres niveles de conocimiento se articulan para explicar la realidad de formas específicas y particulares, a pesar de que se presenten elementos comunes entre ellas (Ribes & López, 1985).

Con base en lo anterior, Kantor propone la organización de las ciencias de acuerdo con su nivel de complejidad, que permite diferenciar el objeto de estudio de cada una de ellas y a su vez comprender la interrelación de las mismas. El primer nivel es el físico-químico, el cual incluye el conocimiento desarrollado por estas ciencias en cuanto a la evolución planetaria; el segundo nivel es el biológico, el cual describe la evolución de las especies (filogenia) y la evolución de los organismos individuales (ontogenia); el tercer nivel es el psicológico y se refiere al cambio producido en la ontogenia, contextualizado por la filogenia y promovido por el medio en el que interactúa el individuo; y el cuarto nivel es el social, el cual hace referencia a las construcciones colectivas que subordinan lo psicológico y lo biológico. Cada uno de los niveles es más complejo que el anterior y se incluye dentro del siguiente (Ribes & López, 1985).

El campo interconductual

Como se mencionó anteriormente, lo psicológico incluye, pero no se explica exclusivamente desde lo biológico y lo social, por lo cual para el análisis de la interconducta, se hace uso del concepto de campo interconductual, que es un sistema de relaciones recíprocas entre el organismo y el medio, dentro de las que se encuentran los siguientes factores: la función de estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto (Ribes & López, 1985).

La función estímulo-respuesta es la interacción entre los organismos y objetos en un sistema de interrelaciones entre las propiedades estimulantes y el sistema de respuesta de cada

uno de ellos, que va a determinar cualitativamente las características de la relación (Ribes & López, 1985).

Los factores disposicionales son conjuntos de eventos que afectan cuantitativamente la relación que, aunque no son parte directa de la función si probabilizan una forma de interacción particular, sea al facilitarla o interferir en ella. Estos factores incluyen la historia interconductual (segmentos previos de interacción que incluyen las variaciones en el pasado del estímulo y la respuesta como elementos de una función estímulo-respuesta) y los factores situacionales (elementos del campo no involucrados directamente en la interacción, pero que generan variaciones en el organismo y en el ambiente) (Ribes & López, 1985).

El medio de contacto son las circunstancias que posibilitan la interacción en una función estímulo respuesta., ya sea de tipo físico-químico, ecológico o normativo; este último implica la identificación de reglas y convenciones sociales para el campo (Ribes & López, 1985).

La mediación social de propiedades.

En el medio de contacto normativo, es decir las reglas y prácticas que constituyen las instituciones, relaciones y costumbres sociales a través del lenguaje, se evidencia un proceso por el cual lo eventos entran en contacto, sea este directo o indirecto, que se conoce como la mediación social de propiedades (Ribes, 2012; Ribes & López, 1985).

Seres humanos y animales responden a los estímulos con base en las contingencias presentes en el ambiente. Estas respuestas pueden ser de tipo directo y efectivo al estímulo o a través de la relación entre las propiedades de un estímulo con otro estímulo diferente, en otras palabras, se responde a un nuevo estímulo como si fuera aquel que posee las propiedades a las que se hace referencia. A esto último se le denomina desligamiento funcional (Varela, 2008).

Este desligamiento funcional se lleva acabo de cinco formas diferentes, cada una más compleja que la anterior y contenida dentro de la siguiente. A continuación se describen cada una de ellas:

- La función contextual implica la mediación de contingencias entre un estímulo Ex y otro Ey. Esta mediación consiste en la presencia de tres contingencias de ocurrencia entre: Ex y Ey, Ey y Rxy, y Ex y Rx. Asimismo, se presentan cuatro contingencias de función entre: Ey y Ex, Ex y Rx, Ey y Rx, y Ey y Rxy. Esta función implica un ajuste entre el organismo y el medio, debido a que la presencia de Ex permite el establecimiento del resto de relaciones (Ribes, 1995).
- La función suplementaria incluye la función contextual, solo que en este caso la mediación contingencial no se produce directamente entre los estímulos Ey y Ex, sino que la función de mediador la cumple Ry, que se añade para responder a las contingencias del entorno. En este caso, hay presencia de contingencias de ocurrencia entre Ey y Ex, Ex y Rx, Ry y Rx, Ey y Ry, y Ex y Ry; y contingencias de función entre Ey y Ex, Ex y Rx, Rx y Ry, Ex y Ry, y Ey y Rx (Ribes, 1995). Se observa un aumento de complejidad debido a que para este caso no se agrupa en un solo factor las propiedades de contingencia global, sino que más bien Rx es el factor crítico de ocurrencia y Ry es el determinante funcional del sistema de relaciones (Ribes, 1995).
- La función selectora incluye las dos funciones anteriores, pero en este caso se adiciona un nuevo estímulo Es, el cual va a establecer un criterio que seleccionará la contingencia relevante en la circunstancia particular. En este caso se presentan contingencias de ocurrencia entre Es y Ey y Es y Rs; y además se evidencian contingencias de función

entre Ey y Es, Ex y Es y Rs y Es. Cabe resaltar que las relaciones contingenciales entre Ex, Ey, Rx y Ry son las mismas descritas en la función suplementaria (Varela, 2008).

- La función sustitutiva referencial implica un mayor nivel de desligamiento, ya que en este caso se responde a estímulos con propiedades atribuidas en virtud del medio convencional, por lo cual este tipo de funciones solo están presentes en los seres humanos. La función sustitutiva referencial implica que un hablante (Mediador) modifique por medio del lenguaje las relaciones contingenciales presentes y que un Mediado modifique su comportamiento con base en el cambio contingencial propuesto por el mediador. En otras palabras, ante un Ey el mediador tiene una R_{Ayo} (Respuesta convencional del mediador ante Ey), que será un E_{Ayo} (la respuesta del mediador se convierte en estímulo para el mediado) que produce una R_{Byo} (Respuesta del mediado ante la respuesta del mediador), la cual va a producir un E_{Byo} (La respuesta del mediado se convierte en estímulo para el mediador) y además se presenta una contingencia de función entre R_{Byo} y Ey y entre E_{Byo} y R_{Ayo}, que son los que definen la mediación contingencial (Ribes, 2012).
- La función sustitutiva no referencial implica que ante un E_{yo} y R_{yo}, y un E_{xo} y R_{xo} es posible la mediación contingencial con un E_{zo} y R_{zo}. Es decir, que ante dos estímulos y respuestas con propiedades convencionales se reorganiza el sistema convencional con el fin de generar una respuesta lingüística independiente de su historia y contingencias presentes. Esta función es la que se observa en el razonamiento (Varela, 2008).

El análisis contingencial en la psicología clínica.

Con base en la descripción realizada previamente de los diversos modelos de evaluación psicológica y de los conceptos básicos de la psicología interconductual usados en el análisis

contingencial, Ribes (1990) postula que la práctica clínica en psicología ha sido definida a partir de una ideología, es decir, mediante “un conjunto de representaciones validadas *a priori* con respecto a la naturaleza, características y propiedades de las diversas prácticas sociales [...] que se concreta en las prácticas de los individuos”. Dicha ideología implicó que en la construcción de modelos de evaluación psicológica, los problemas clínicos fueran definidos de forma reduccionista, universal e inmutable (como en el caso del modelo psicopatológico) y además que se estableciera la necesidad de una intervención externa al individuo para lograr un cambio (Ribes, 1990).

Como se observa en la historia de la psicología clínica y de la psiquiatría, hay presencia de un vínculo entre las prácticas sociales de la época y la definición de lo que se considera un fenómeno psicológico, lo cual hace evidente que los criterios usados para justificar y aplicar el conocimiento psicológico no han sido obtenidos exclusivamente de esta ciencia, sino que además se han basado en las representaciones ideológicas presentes. Lo anterior implica que es necesario analizar y discutir qué criterios definen lo que se considera como un comportamiento anormal o desadaptativo, así como aquellos que determinan la necesidad de un cambio en el individuo (Ribes, 1990). El análisis contingencial busca superar estas falencias al tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El carácter innecesario del término anormalidad, ya que al ser un concepto extrapolado del modelo médico implica un problema de lógica errónea en tanto que no permite describir la interacción del individuo desde el nivel psicológico, sino que más bien se impone desde un nivel biológico este criterio, que aunque esté presente no corresponde con el nivel de complejidad de la interacción (Ribes, 1990).

- La necesidad de establecer lo que se considera anormal en el ambiente social, es decir, de definir lo “atípico” y lo que se aparta de las normas y valores de un grupo, por medio de la descripción del segmento de la interacción que incluye criterio de valor social y de los efectos tiene éste sobre el individuo y su grupo (Ribes, 1990).
- La definición de dimensiones funcionales de interrelación que establezcan la necesidad del cambio individual con base en la afectación mutua del comportamiento de los individuos en un grupo social, con el fin de no mantener las categorías establecidas por las representaciones ideológicas. Dichas dimensiones son: la conducta del sujeto y la manera en que afecta a otros sujetos significativos en lo individual, la conducta del sujeto y la manera en que es afectada por otros sujetos significativos en lo individual, la conducta del sujeto y la manera en que afecta indirectamente a aquellos que no lo afectan, la conducta de otros entre sí y la manera en que afectan indirectamente al sujeto, y la conducta del sujeto y la manera en que se afecta a sí mismo en el presente y el futuro (Ribes, 1990).
- Dejar de lado las clasificaciones a priori del problema al hacer hincapié en la génesis social del mismo, a través de la descripción de las interacciones entre los individuos y sus grupos de referencia. Para esto es necesario analizar los recursos de interacción del individuo y su expresión episódica, identificar los efectos recíprocos que mantienen el problema, y seleccionar las estrategias y procedimientos de intervención que alteren dichos efectos (Ribes, 1990).

El análisis contingencial, a diferencia de otros modelos de evaluación psicológica, se basa en el análisis de las interacciones del individuo en un contexto de valores sociales, no el comportamiento aislado de éste. Por lo cual, la definición de lo que es problemático no está

definida previamente, sino que se construye entre el individuo y el clínico, en donde el primero bajo la guía del segundo define las interacciones y variables que lo afectan a él y otros, las cuales van a definir su problema (Ribes, 1990; Díaz-González & Carpio, 1996).

Igualmente, este programa analítico elimina la correspondencia directa entre la conducta considerada problemática y la intervención a llevar a cabo, ya que es el individuo quien con la asesoría del clínico, logrará desarrollar destrezas que le permitan intervenir sobre sí mismo y sobre su ambiente (Ribes, 1990; Díaz-González et al., 1989).

Con respecto a esto, el análisis contingencial busca no restringir el conocimiento de la disciplina psicológica a la aplicación criterios sobre la conducta anormal, si no establecer relaciones lógicas entre la dimensión social y la estructura teórico-metodológica de la psicología para definir qué es lo problemático para el individuo y sus prácticas sociales, y diseñar una estrategia de intervención individualizada (Díaz-González & Carpio, 1996).

En la práctica clínica, el análisis contingencial hace uso de los conceptos definidos con anterioridad, pero además utiliza los siguientes constructos para identificar y definir los problemas de los consultantes desde una perspectiva funcional.

El constructo de contingencia

El concepto principal desde este modelo es la contingencia. Ribes postula que una contingencia es una serie de relaciones complejas de interdependencia de factores que configuran eventos funcionalmente diferentes. Con base en esto, se distinguen dos tipos de contingencia: las de *ocurrencia* (condicionalidad en la presentación de un evento estímulo o respuesta) y las de *función* (condicionalidad entre las propiedades funcionales de un evento estímulo o respuesta en relación con otros) (Ribes, 1995).

Para poder analizar las contingencias presentes se debe tener en cuenta que no todas ellas cumplen la misma función, por lo cual se distinguen dos tipos principales: las cuantitativas y cualitativas; las primeras facilitan o interfieren las interacciones, mientras que las segundas permiten describir diferentes niveles de organización de las mismas (Ribes, 1990).

Adicional a lo descrito previamente, el análisis contingencial describe un grupo de factores relevantes en los procesos de evaluación e intervención, que son: (a) el sistema microcontingencial, es decir, el comportamiento en relación con otros en una circunstancia particular, (b) el sistema macrocontingencial, entendido como las prácticas y criterios de valor social que enmarcan la microcontingencia, c) los factores disposicionales y (d) las condiciones mediadoras de las microcontingencias. La mediación de contingencias hace referencia al proceso por el cual los eventos entran en contacto directo o indirecto, gracias a un elemento clave que actúa como propiedad estructurante de la organización del sistema de interacciones (Ribes, 1990).

Pasos para desarrollar el análisis contingencial

Sin embargo, este programa analítico no describe solamente una serie de conceptos necesaria, sino que además da una serie de cinco pasos para su desarrollo, en donde los tres primeros se orientan a la identificación del problema, mientras que los dos últimos hacen referencia al proceso de intervención. Estos pasos son: la identificación de las relaciones microcontingenciales, la definición de las relaciones macrocontingenciales, la génesis del problema, el análisis de soluciones, y la selección, diseño y aplicación de los procedimientos de intervención (Ribes, 1990). A continuación se describen cada uno de ellos.

El sistema microcontingencial. El sistema microcontingencial se refiere al conjunto de relaciones entre el individuo, otros individuos y objetos del medio, y a la descripción de la

conducta en la circunstancia particular, que permiten la identificación del problema con base en las relaciones funcionales presentes en la situación (Ribes, 1992). Para identificar el problema en el sistema microcontingencial se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- La descripción de morfologías concretas de las conductas, es decir, la identificación de las características formales de las conductas valoradas como problemas, así como las de los comportamientos de los otros ante los cuales tiene lugar la conducta considerada problemática y las circunstancias no referidas al individuo que tengan lugar en la situación (Ribes, 1992).
- Las condiciones situacionales que poseen funciones disposicionales de las microcontingencias, que probabilizan las relaciones sin formar parte de ellas. Estas incluyen las características físicas y sociales de las circunstancias, y las propiedades funcionales de la microcontingencias que son: la conducta socialmente esperada, la capacidad del individuo para ejercer los comportamientos, las inclinaciones a actuar y la tendencia hacia comportamientos que tuvieron determinados efectos en situaciones similares (Ribes, 1992).
- La conducta de otros individuos implicados que afecta directa (mediador de la microcontingencia) o indirectamente la microcontingencia, ya que su comportamiento es funcionalmente necesario para el establecimiento de la relación contingencial (Ribes, 1992).
- Los efectos contingenciales que se entienden como la relación de consecuencia entre la conducta del individuo y la conducta de los otros, es decir, la correspondencia funcional entre la conducta de los individuos en la circunstancia particular en la que se presenta (Ribes, 1992).

Este grupo de factores permite determinar cuáles están relacionados con la valoración de la conducta como problemática y se puede establecer parcialmente cuál es el comportamiento socialmente aceptado (Ribes, 1990).

El sistema macrocontingencial. Como se ha mencionado previamente, la conducta considerada problemática es valorada a partir de criterios definidos desde una perspectiva social. Desde este modelo, los valores no son conceptos abstractos sino que son dimensiones de las prácticas de comportamiento que se regulan socialmente, con base en dos aspectos (a) la mediación social de propiedades (sustitución referencial y no referencial) y (b) las estructuras de la conducta a nivel social (sustitutivo y contextual) que regula los efectos de los comportamientos individuales en los otros (Ribes, 1992).

Según Ribes (1992) para la evaluación del sistema macrocontingencial se requiere tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificar las prácticas sociales dominantes en relación con la conducta individual y las microcontingencias establecidas.
- Identificar las prácticas lingüísticas sustitutivas que tienen efectos reguladores por parte de la conducta de los otros individuos.
- Identificar los grupos sociales vinculados a las prácticas macrocontingenciales y que regulan las microcontingencias.
- Evaluar la identificación del individuo con diversos grupos sociales.
- Comparar las conductas del individuo con las prácticas sociales que las contextualizan y las regulan.
- Evaluar los efectos microcontingenciales en comparación con los valores de referencia.

Este análisis tiene como objetivo observar las correspondencias entre las microcontingencias normativas y las microcontingencias situacionales para el individuo, el grupo social o ambos.

La génesis del problema. Posterior a la descripción de los sistemas micro y macrocontingenciales, se pretende no solo la identificación del origen del problema, sino además el análisis de la dimensión funcional actual en relación con las condiciones en el cual surgió la problemática (Ribes, 1990). Este paso evalúa cuatro aspectos, que son: la historia de la microcontingencia en cuanto a las circunstancias, situaciones, funciones disposicionales e historia mediadora de la conducta problema; la funcionalidad de las conductas en otro contexto (funcionalidad mediadora y disposicional, y efectos de la conducta); la disponibilidad de conductas no problemáticas, que implica la evaluación de otras microcontingencias y la valoración de respuestas adecuadas en situaciones similares; y las estrategias de interacción, que incluyen la descripción de las contingencias enfrentadas. Lo anterior con el fin de modificar las relaciones microcontingenciales presentes y el estilo interactivo del individuo (Ribes, 1990).

El análisis de soluciones. Luego de la identificación clara del problema a través de los pasos anteriores, se procede realizar un análisis sobre las posibles soluciones pertinentes. El análisis llevado a cabo en este punto se enfoca en dos ejes: el eje macrocontingencial que implica el cambio o mantenimiento de este sistema, y el eje microcontingencial que implica mantener la microcontingencia, cambiar la conducta de otros, la conducta propia, seleccionar nuevas relaciones microcontingenciales o suscitar otras opciones funcionales (Ribes, 1990). Cada una de las opciones de los ejes puede combinarse, lo que implica soluciones independientes pero complementarias entre ellas.

Procedimientos de intervención. Se realiza una selección y empleo de los procedimientos de intervención con base en el análisis de soluciones elaborado con anterioridad y la naturaleza funcional de los sistemas micro y macrocontingenciales. A partir de esto se obtienen cuatro posibilidades de intervención: la alteración de disposiciones (cambio en las propiedades de los acontecimientos físicos), la alteración de la conducta de otros (modificar la conducta de otros que produce el comportamiento), la alteración de la propia conducta (alteración de los efectos disposicionales de la propia conducta) y la alteración de las prácticas macrocontingenciales (modificación de conductas propias que alteran las practicas valorativas) (Ribes, 1990).

Siguiendo cada uno de esos pasos es posible identificar y definir las problemáticas de los consultantes, teniendo en cuenta las relaciones entre los comportamientos y las prácticas de valor que los contextualizan, superando las falencias de otros modelos de evaluación (Ribes, 1990).

Validez y confiabilidad de la formulación clínica

Como se mencionó al inicio, la formulación clínica es una herramienta que permite generar hipótesis a partir del juicio clínico, pero con un bajo nivel de inferencia. Lo anterior implica que se tengan en cuenta tanto los postulados teóricos, como los hallazgos de la investigación y la práctica clínica (Eells, 2001).

A pesar de la relevancia de este método para los casos tratados en la práctica, pocos son los estudios de validez y confiabilidad realizados desde los diferentes modelos (Mumma & Smith, 2001). Los pocos estudios realizados se han enfocado en: (a) las dificultades conceptuales, es decir, la coherencia entre las hipótesis y los supuestos del modelo teórico; (b) la epistemología de la metodología y práctica, así como de la teoría del modelo; y (c) la utilidad de la

información, en cuanto a su pertinencia y posibilidad de descripción (Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez, 2011).

Con base en lo anterior, se han planteado metodologías que permitan la evaluación de las propuestas de formulación de los diferentes modelos, de acuerdo a categorías transversales a todos ellos. Ejemplos de esto son: el método de codificación de contenido de la formulación (Eells, Kendjelic & Lucas, 1998), el desarrollo de escenarios y guiones clínicos (Caycedo et al., 2008) y las guías prácticas (Kuyken, 2006).

En concordancia con la información descrita, este trabajo pretende no solo desarrollar una propuesta de protocolo de evaluación planteada desde el análisis contingencial, sino además aportar evidencia de su validez

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la validez de un protocolo de evaluación fundamentado en el Análisis Contingencial.

Objetivos específicos

- Valorar la claridad y pertinencia de las categorías del análisis contingencial
- Evaluar la consistencia entre los evaluadores en el protocolo de evaluación.

Método

Participantes

Los participantes fueron tres psicólogos, todos ellos mujeres. Cada una con estudios de postgrado en psicología clínica (dos de ellas en nivel de maestría y una de ellas en nivel de especialización), y con un promedio de 15,3 años de experiencia clínica, todas residentes

actualmente de la ciudad de Bogotá, quienes cumplieron el papel de jueces externos del protocolo de evaluación.

Instrumentos

Para la adecuada implementación de la formulación de caso de Análisis contingencial, se construyó un "Protocolo de evaluación desde el análisis contingencial", en donde se consignó la información relevante con respecto a cada una de las categorías descritas en él.

Por otra parte, para la evaluación de dicho protocolo fue necesario elaborar una matriz que incluía cada una de las categorías del Análisis contingencial y además una escala tipo Likert de 1 a 5, para evaluar la claridad (grado en el que el ítem es presentado de forma precisa y clara, que permite su fácil comprensión) y la pertinencia (correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual será usado) de cada uno de los ítems presentados.

Procedimiento

En un primer momento se seleccionaron cada uno de los participantes. a los cuales se les explicó el objetivo del estudio y se les solicitó su participación voluntaria. Seguido a esto, cada uno de ellos se familiarizó con el “Protocolo de evaluación desde el análisis contingencial”. Posteriormente, cada participante emitió su criterio sobre la claridad y pertinencia de cada categoría del protocolo en la matriz de evaluación de éste. Finalmente, se obtuvieron los resultados de cada participante y se compararon las evaluaciones realizadas por cada uno de los jueces.

Resultados

Para evaluar la validez del “Protocolo de evaluación desde el análisis contingencial” se realizó el análisis de la consistencia entre los jueces en la matriz de evaluación del protocolo.

Este análisis de consistencia se calculó a partir del promedio de los conceptos emitidos para cada una de las categorías evaluadas del protocolo, con base en los criterios de claridad y pertinencia.

Categoría	Claridad	Pertinencia
Datos iniciales (datos sociodemográficos, motivo de consulta, metas establecidas por el consultante)	94%	98%
Identificación de las relaciones microcontingenciales	80%	92%
Definición de las relaciones macrocontingenciales	76%	84%
Génesis del problema	94%	92%
Análisis de soluciones	60%	58%
Procedimientos de intervención	88%	98%
Total Protocolo	82%	86%

Tabla 1. *Consistencia entre jueces en las categorías del “Protocolo de evaluación desde el análisis contingencial”*

En la tabla 1 se presentan los promedios de los conceptos emitidos por los jueces, calculado sobre la respuesta de estos en cada categoría y criterio (claridad y pertinencia). Como se observa, ninguna de las puntuaciones obtenidas se encuentra por debajo del 50%, lo que permite entrever la validez del protocolo.

El promedio más alto (porcentaje superior a 75%) en ambos criterios se da en la categoría de datos iniciales y génesis del problema, lo cual indica que los aspectos evaluados en cada una de estas categorías obtuvieron puntuaciones altas, es decir, que ambas se consideran necesarias y además, están descritas con suficiente claridad en el protocolo, de acuerdo con la evaluación de los jueces.

Se presentó un promedio superior en las categorías de identificación de las relaciones microcontingenciales, definición de las relaciones macrocontingenciales y procedimientos de intervención. Sin embargo, se observa que dicho promedio es más alto en el criterio de

pertinencia que en el de claridad, lo cual implica que aunque los jueces consideran necesaria la presencia de estas categorías en el protocolo de evaluación, no hay una descripción lo suficientemente operacionalizada de éstos. Los aspectos que fueron evaluados como menos claros en estas categorías son: el comportamiento de otros ante los cuales tiene lugar la problemática, las correspondencias macrocontingenciales y los efectos microcontingenciales en comparación con los valores de referencia.

El porcentaje moderado (porcentajes entre 50%-74%), que para este caso será el más bajo obtenido, lo obtuvo la categoría de análisis de soluciones, en la cual se observa que de acuerdo con los jueces es considerada como la categoría menos pertinente, a pesar de su claridad. Lo anterior implica la necesidad de reevaluar la relevancia de este aspecto en el protocolo de evaluación.

Por último, se evidencia que el protocolo de evaluación en su totalidad tiene un porcentaje superior en ambos criterios, lo cual permite afirmar que éste cuenta con las categorías necesarias para desarrollar un proceso de evaluación en clínica, y que además es lo suficientemente claro para ser usado por diversos profesionales en el área.

Discusión

Este proyecto pretendió contribuir al desarrollo de un protocolo de evaluación fundamentado en el modelo de evaluación del análisis contingencial, que permitiera identificar y definir los problemas del individuo a partir de las relaciones de su comportamiento con otros y con las prácticas sociales en las que se circunscribe; y que a su vez superara las falencias de los modelos de evaluación previos, los cuales se construyeron con base en la ideología de la época (Ribes & López, 1985).

Las categorías planteadas desde el análisis contingencial, descritas por medio del protocolo y evaluadas a través de la matriz, pretenden definir los problemas de los usuarios desde una perspectiva no reduccionista ni universal, que tenga en cuenta los valores de los grupos sociales y los efectos de éstos sobre el individuo y los otros (Ribes, 1990). Lo anterior implica considerar que el origen y mantenimiento de las problemáticas tienen un alto impacto social, por lo que la definición éstas es completamente idiográfica (Díaz-González & Carpio, 1996).

Por lo cual, las categorías definidas en el protocolo dan lineamientos para el proceso de evaluación y formulación, en tanto que no se asemejan a un cuestionario o a algún otro tipo de formato que limite las respuestas del consultante a aquello que el clínico suponga que debe hallar. En este caso, los resultados indican que cada una de las categorías del protocolo permite al clínico evaluar adecuadamente la problemática del usuario, en tanto que cada uno de los aspectos evaluados fueron hallados como pertinentes para el proceso de evaluación; sin embargo, la falta de claridad en algunas categorías como: el comportamiento de otros ante los cuales tiene lugar la problemática, las correspondencias macrocontingenciales y los efectos microcontingenciales en comparación con los valores de referencia, podrían implicar la posibilidad de llevar a cabo un proceso erróneo en tanto que no se evaluaría lo contemplado en la categoría.

Por otra parte, se observa que la falta de claridad en las categorías del protocolo obedece al uso de un lenguaje técnico, no conocido por las jueces, que dificultó la comprensión y que será necesario modificar con el objetivo de hacer más accesible este modelo de evaluación. Una de las sugerencias es realizar un glosario amplio que permita comprender los términos propios de la teoría y a su vez de pie para realizar definiciones más operacionalizadas de las categorías presentadas. Se esperaría que la modificación de este aspecto fortalezca la validez del protocolo.

Como se mencionó anteriormente, la perspectiva desde la que se plantea esta investigación busca ser de utilidad a la psicología, al plantear un modelo de evaluación idiográfico enfocado en el contexto social de los individuos. Este trabajo pretende aportar al trabajo del clínico brindándole una herramienta que le permita entrenarse y comprender las problemáticas de los consultantes más allá de criterios diagnósticos, con base en las contingencias presentes y futuras relevantes para ellos y los otros que los rodean. Se espera que este trabajo aporte al desarrollo de competencias clínicas en los psicólogos en entrenamiento.

Referencias

- Buela-Casal, G. & Sierra, C. (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.
- Castro, L. (2014). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En V. Caballo (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2nd ed., pp. 43-76). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castro, L. & de Greiff, E. (2014). Formulación clínica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2nd ed., pp. 3-26). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Caycedo, C. Ballesteros, B. & Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250. Revisado Febrero 24, 2016, disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672008000100017&script=sci_arttext&tlng=es
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder editorial S.A
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. & Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista española de Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255
- Eells, T., Kendjelic, E. & Lucas, C. (1998). What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content Coding Manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7 (2), 144-153.
- Eells, T. (2001). Update on psychotherapy case formulation research. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10 (4), 277-278.

- Eells, T. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guildford Press
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Ediciones pirámide
- González, L. (2009). Formulaciones Clínicas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 27(1), 93.-102.
- Revisado Febrero 22, 2016, disponible en
- [tp://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100009)
- Haynes, S., O' Brien, W.H. & Kaholohula, J.K. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Johnstone, J. & Dallos, R. (2014). *Formulation in psychology and psychotherapy. Making sense of people's problems*. Derby: Saxon Graphics Ltda.
- Kircher, T., Torres, M. & Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: Modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós
- Kuyken, W. (2006). Evidence Based Case Formulation: Is the Emperor Clothed? En N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. London: Routledge.
- Martínez, M. (1982). *La psicología humanista. Un nuevo paradigma psicológico*. México: Editorial Trillas
- Martínez, A. (1986). Terapia sistémica de la familia: Evaluación crítica de algunos postulados. *Revista latinoamericana de Psicología*, 18(1), 43-56
- Montgomery, W. (2014). El constructo de contingencia en el análisis de la conducta. *Revista de Psicología de Arequipa*, 4(2), 115-126

- Mumma, G. & Smith, J. (2001). Cognitive-behavioral interpersonal scenarios: Interformulator reliability and convergent validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (4), 203-221.
- Muñoz-Martínez, A. & Novoa-Gómez, M. (2011). Confiabilidad y validación de un modelo de formulación clínica conductual. *Universitas Psychologica*, 10 (2), 501-519
- Ochoa de Alda, J. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder editorial S.L
- Pomerantz, A. (2011). *Clinical psychology. Science, practice and culture*. Thousand Oaks: SAGE publications. Inc.
- Ribes, E. (1972). Terapias comportamentales y modificación del comportamiento. *Revista latinoamericana de Psicología*, 4(1), 7-21
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta, análisis de campo y paramétrico*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales del análisis del comportamiento humano*. México: Editorial Trillas.
- Ribes, E. (1992). Factores macro y micro sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 26, 39-55
- Ribes, E. (1995). Causalidad y contingencia. *Mexican Journal of Behavioral Analysis*, 21, 123-142
- Ribes, E. (2012). Las funciones sustitutivas de contingencias. En Padilla, M. & Pérez-Almonacid, R. (Eds.), *La función sustitutiva referencial. Análisis histórico-crítico* (pp.19-34). New Orleans: University Press of the South.
- Rodríguez, M.L. & Landa, P. (2005). El análisis contingencial: una nueva orientación en psicología aplicable. En M.L. Rodríguez & J.J. Ávila (Eds.), *Análisis contingencial: un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. México: UNAM.

Sturmey, P. (2009). *Clinical case formulation: Varieties of Approaches*. West Sussex: John Wiley &

Sons

Varela, J. (2008). *Conceptos básicos de interconductismo*. México: Universidad de Guadalajara

Anexos

Protocolo de evaluación

Este protocolo determina el período mínimo de la evaluación psicológica, así como el listado de los instrumentos más adecuados para realizar la valoración de la conducta problemática para el individuo, los objetivos del protocolo y el análisis de datos que se llevará a cabo.

La evaluación psicológica que se realizará buscará guardar la confidencialidad y los derechos de la persona mayor o menor de edad que consulta al servicio, ya que tiene como objetivo la identificación de una conducta problema particular, el estudio de la misma desde el análisis contingencial y la definición de las estrategias de intervención más apropiadas para cada caso. De ser necesario revelar información a personas diferentes del consultante, se hará solo con el consentimiento del mismo, excepto en circunstancias en las cuales pueda estar en peligro la vida del individuo o de otros.

De no ser posible realizar la intervención por las personas a cargo, el consultante será remitido a otros profesionales de la salud que puedan brindarle un apoyo concorde a su problemática y necesidades.

Período de evaluación

Con el fin de valorar adecuadamente la problemática de cada consultante, la evaluación psicológica debe llevarse a cabo en más de una sesión, transcurriendo un máximo de 4 sesiones desde el inicio hasta el final del proceso a realizar.

Estrategias de recolección de datos

Con el fin de lograr una descripción clara de la conducta problemática se hará uso de diferentes técnicas de evaluación psicológica, que se describen a continuación:

Entrevista psicológica: Se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas con cada uno de los consultantes, en las que se logre establecer una adecuada relación terapéutica que permita recolectar información con respecto a cuál es la problemática, la morfología de la misma, la implicación de ésta en diferentes contextos, entre otros datos relevantes para el análisis a realizar.

Las entrevistas se realizarán de forma individual con el objetivo de prestar constante atención al carácter idiográfico de la problemática del individuo. Además, será posible utilizar esta estrategia con otras personas, como por ejemplo padres, hijos, hermanos, maestros, entre

otros, con el fin de recolectar más información en relación a la problemática identificada y el motivo de consulta descrito.

Autorregistro: Además de la entrevista, se podría solicitar al consultante llevar un autorregistro de conductas, el cual permite evaluar por medio del registro escrito la autoobservación de comportamientos ejecutados en el contexto natural, con base a los parámetros ofrecidos por el profesional.

Cuestionarios e inventarios psicométricos: Estos instrumentos psicométricos permiten medir variables relacionadas a la problemática del individuo, basándose en una evaluación indirecta e inferencial de las conductas que permita clasificar y predecir el comportamiento del individuo, desde una perspectiva nomotética. Estos instrumentos se presentan en forma de test que deben ser contestados por el consultante.

Observación directa: En los casos en los que sea posible, se realizará observación directa de la conducta problema por parte del profesional, en el ambiente natural de la misma, con el objetivo de registrar los hallazgos encontrados que permitan adicionar y contrastar la información recolectada previamente.

Análisis de datos

Para realizar el análisis de la información recolecta durante el proceso de evaluación, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Protocolo de evaluación		
Datos sociodemográficos: Nombre, edad, sexo, escolaridad y ocupación		
Identificación del problema	Descripción del motivo de consulta referido por el consultante	
	Descripción de las metas establecidas por el consultante	
	Identificación de las relaciones microcontingenciales (Descripción de las relaciones presentes entre el individuo, otros individuos y objetos o eventos del medio, las cuales definen y delimitan el comportamiento considerado problemático).	<p>En este apartado se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de la morfología de las conductas del individuo, es decir, la forma concreta de los comportamientos valorados como problemáticos; la cual pueden ser de dos tipos: Efectiva (aquellas que afectan el comportamiento de otros) y Afectiva (aquellas que solo afectan el propio comportamiento). De igual manera, se describen las características dinámicas de la interacción, que incluyen la frecuencia, intensidad, duración y vigencia de las conductas. • Identificación de las condiciones situacionales con características disposicionales, es decir, aquellos

		<p>factores presentes en el contexto, en el que se presenta la conducta considerada problemática, que probabilizan la presentación de ésta, sin formar parte directa de la relación entre el consultante y otra persona/objetos/eventos. Dentro de éstas se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la circunstancia social (el tipo de relación establecida, sea familiar, de amistad, de trabajo, de aprendizaje, entre otras) y los acontecimientos físicos (el lugar, los objetos, otros). - Definición de la inclinación social de los comportamientos individuales (la conducta socialmente esperada que refleja la normatividad de la práctica de un grupo), la competencia social del individuo (la capacidad del consultante a ejercer las conductas esperadas por otros), las inclinaciones a actuar (factores que probabilizan formas sistemáticas de conductas como gustos, preferencias, estados de ánimo, condiciones biológicas y conductas previas asociadas a la conducta “problemática”) y la tendencia a actuar (conductas y relaciones que tuvieron determinados efectos en situaciones similares en el pasado). <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los comportamientos de otros ante los cuales tiene lugar la problemática, es decir, las formas concretas de los comportamientos de las otras personas involucradas en la presentación de la conducta “problemática”, así como la respuesta que ellos tienen, la cual puede ser <ul style="list-style-type: none"> - Auspiciador: Quien propicia o facilita las condiciones para que se presente la conducta considerada problemática, sin participar directamente en la relación entre el usuario y otros/objeto/eventos - Regulador de inclinaciones: Quien modula estados de ánimo y regula disposiciones que afectan indirectamente la presentación de la conducta “problemática” en dicho contexto
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Mediador de la contingencia: Quien con su conducta estructura y regula la relación que se está dando, entre el usuario y otros/objetos/eventos, para que los demás se articulen contingencialmente. - Mediado: Aquel cuya conducta es regulada por el mediador de la microcontingencia - Regulador de la tendencia: Quien ajusta la tendencia sea porque ha estado presente en situaciones similares en el pasado del usuario o porque en el contexto actual tiene dicha capacidad. • Descripción de la relación de consecuencia entre la conducta del individuo y la conducta “problemática”, sean estos sobre otros (alteración de la conducta de otros resultado de la conducta del consultante), sí mismo (alteración del comportamiento del usuario debido a su conducta en el contexto en que se presenta el comportamiento “problemático”) o sin efecto (no cambio en la conductas de otros o del usuario). • Descripción del ejercicio no problemático de la conducta, es decir, situaciones en las que el comportamiento "problemático" no se define como tal. Este incluye tanto la descripción de las situaciones y de otros involucrados, así como otras conductas que se presenten, para identificar la función socialmente aceptada del comportamiento y la valoración social de la problemática.
	<p><i>Definición de las relaciones macrocontingenciales</i> (Correspondencia entre las prácticas del usuario y las prácticas de los grupos sociales a los cuales pertenece, sean éstas valoradas explícita o</p>	<p>Este apartado incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las prácticas sociales dominantes en relación con la conducta individual y las microcontingencias problemáticas. Es decir, definir el contexto formado por los valores del grupo social (costumbres, prácticas, creencias y forma de vida del grupo social al que pertenece el individuo) • Identificar las microcontingencias ejemplares (relaciones explícitamente valoradas, en las cuales los otros significativos para el individuo establecen y regulan la normatividad del grupo social) y la

	<p>implícitamente.)</p>	<p>función de los otros, que puede ser: prescripción (moldear o instruir una relación), indicación (señalar una opción por encima de otra), facilitación (auspiciar o disponer condiciones para que se dé la relación), justificación (instruir sobre las consecuencias deseables de la relación), sanción (llevar a cabo consecuencias concretas de la relación), advertencia (señalar consecuencias que pueden ocurrir dada la relación), comparación (contraste de dos formas de relación), condicionamiento (instruir sobre los requerimientos previos a la relación), prohibición (señalar la imposibilidad de una conducta) y expectativa (instruir sobre demandas sociales que debe satisfacer la relación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos sociales a los cuales pertenece el consultante y que tienen relación con la conducta “problemática” • Comparar las conductas del usuario entre diferentes microcontingencias problemáticas, diferentes microcontingencias ejemplares, y entre microcontingencias problemáticas y ejemplares; con el fin de observar el grado de adecuación entre éstas. Se debe tener en cuenta que existen dos tipos de correspondencias: las Intracontingenciales (aquellas que entre las mismas microcontingencias, sean estas ejemplares o problemáticas, cuando el consultante responde a la situación como si se estuviera en otra, ya sea porque no se responde a las propiedades presentes o porque se responde a ellas como si tuvieran propiedades distintas) e Intercontingenciales (aquellas que se dan entre la diferentes contingencias ejemplares y problemáticas). • Evaluar los efectos microcontingenciales en comparación con los valores de referencia, es decir, que la no correspondencia intracontingencial supone un problema en la microcontingencia y la no correspondencia intercontingencial evidencia un problema de tipo macrocontingencial.
	<p><i>Génesis del problema</i></p>	<p>Este apartado incluye:</p>

	(Análisis del origen del problema, de los recursos conductuales y de los estilos de interacción del individuo)	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la historia de la microcontingencia: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la circunstancia en la que la conducta se empezó a valorar como problema - Descripción de la situación en la que inició la microcontingencia actual, es decir, el origen de las relaciones que delimitan el comportamiento considerado problemático. - Identificación de las funciones disposicionales (facilitación o interferencia en la interacción) en el pasado, de las personas significativas en la microcontingencia • Descripción de la funcionalidad de las conductas en otros contextos. <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las funciones mediadoras de la conducta “problemática” con el individuo y con otros en contextos no problemáticos - Identificación de funciones disposicionales de la conducta “problemática” en contextos no problemáticos - Identificación de los efectos de la conducta “problemática” en contextos en que no se considera problemática. • Identificación de la disponibilidad de conductas no problemáticas, que potencialmente podrían ser funcionales en la microcontingencia actual. <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de microcontingencias no problemáticas - Evaluación de respuestas adecuadas en situaciones similares - Evaluación de respuestas en situaciones no problemáticas, ante personas significativas en la microcontingencia u otros semejantes
Proceso de intervención	<p><i>Análisis de soluciones</i> (Definición sobre el mantenimiento y modificación de la micro o la macrocontingencia)</p>	<p>Incluye las correspondencias intra e intercontingenciales para definir el eje y las dimensiones a modificar por medio de la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eje macrocontingencial: Selección entre el cambio o mantenimiento de este sistema. Lo anterior implica la identificación de un sistema macrocontingencial que regula las microcontingencias o diversos sistemas macrocontingenciales que regulan una o

		<p>varias microcontingencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eje microcontingencial: Selección entre el mantenimiento de la microcontingencia, cambiar la conducta de otros, cambiar la conducta propia, seleccionar nuevas relaciones microcontingenciales o suscitar otras opciones funcionales.
	<p><i>Procedimientos de intervención</i> (Selección, diseño e implementación de procesos de intervención).</p>	<p>Este apartado incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de objetivos terapéuticos • Evaluación de los procesos de intervención con base en las siguientes dimensiones funcionales, que permiten definir el procedimiento adecuado y congruente con el análisis realizado. Las dimensiones funcionales son: <ul style="list-style-type: none"> - La naturaleza de la interacción terapéutica, la cual incluye la propiedad que define la conducta como problemática y los aspectos de la conducta a los que se encaminan los objetivos de la técnica, los cuales permiten definir cinco criterios de clasificación: la oportunidad (discriminación de las circunstancias en las que debe emitirse o no una conducta), la precisión (diferenciación de las morfologías de respuesta requeridas), la tendencia (la probabilidad de emisión de ciertas conductas), la relación de efecto (la probabilidad de ciertos tipos de consecuencias) y la adquisición (consecución de funciones particulares para los comportamientos existentes). - El tipo de procedimiento, es decir, los criterios de solución elegidos con base en el análisis de los sistemas micro y macrocontingenciales, y la naturaleza de las dimensiones funcionales de estos sistemas que deben modificarse, los cuales dan pie a cuatro tipos de procedimientos: la alteración de disposiciones (implica alterar las propiedades de los objetos o acontecimientos físicos, el desplazamiento de competencias disponibles, la alteración de inclinaciones o tendencias o conductas propias con efectos disposicionales), la alteración de la conducta de

		<p>otros (modificar la función de los otros significativos en el sistema microcontingencial), la alteración de la propia conducta (alterar el efecto de la propia conducta en sí mismo, la conducta mediadora, las competencias específicas o crear competencias que modifiquen los efectos disposicionales) y la alteración de la práctica macrocontingencial (alterar la decisión macrocontingencial, el cambio en la conducta propia para alterar las prácticas valorativas macrocontingenciales, cambio en la conducta de otros para alterar las prácticas macrocontingenciales en sí mismo y en otros y el cambio en la conducta propia para ajustarse a la macrocontingencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las funciones del terapeuta tienen que ver con el rol de éste durante la intervención, que puede ser: informar, entrenar, regular, instruir, auspiciar, instigar y participar. Las funciones de informar, auspiciar y regular tienen como objetivo crear condiciones, descubrir y referir sobre la circunstancia, los factores y los efectos para que esta tenga lugar, así como establecer en que momento debe implicarse el consultante.
--	--	---

Matriz de evaluación de jueces

A continuación, se presentan las categorías diseñadas para el “Protocolo de evaluación del análisis contingencial”, el cual ha sido elaborado con el objetivo de realizar la valoración de la conducta problemática de los consultantes en el contexto de los valores sociales, con base en el modelo de evaluación de análisis contingencial propuesto por Ribes y López en 1985.

Usted deberá calificar cada uno de los ítems presentados, con base en dos aspectos: la claridad (grado en el que el ítem es presentado de forma precisa y clara, que permite su fácil comprensión) y la pertinencia (correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual será usado).

Ambos aspectos serán evaluados en una escala tipo Likert de 1 a 5. En cuanto al aspecto de CLARIDAD, debe tener en cuenta que 1 significa nada entendible y 5 completamente entendible; mientras que para el caso de PERTINENCIA 1 significa no pertinente y 5 muy pertinente.

Categoría	Descripción	Puntuación									
		Claridad					Pertinencia				
Datos sociodemográficos	Se describen aquellas características relevantes que permiten la fácil identificación del usuario, dentro de las que se encuentran: el nombre, la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación y cualquier otro dato que se considere necesario.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Motivo de consulta referido por el consultante	Se define la razón por la cual el usuario asiste o fue remitido a la consulta psicológica, la cual debe ser operacionalizada y descrita con base en su efecto y severidad en el funcionamiento del consultante.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Metas establecidas por el consultante	Se concretan los objetivos de cambio que el consultante espera obtener a lo largo del proceso terapéutico.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<i>Identificación de las relaciones microcontingenciales</i>	Se describen las relaciones presentes entre el usuario y otras personas u objetos/eventos, que permiten definir y delimitar el comportamiento que se considera como problemático actualmente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Morfología de las	Se refieren las formas concretas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

conductas del usuario	de los comportamientos considerados como problemáticos, los cuales pueden ser de tipo Efectivo (aquellos que afectan la conducta de otros) y Afectivo (aquellos que solo afectan la propia conducta). Además, se incluyen las características dinámicas de la conducta “problemática”, es decir la densidad, frecuencia, intensidad, duración y vigencia de dichas conductas.													
Condiciones situacionales con características disposicionales	<p>Se definen aquellos factores presentes en el contexto en el que se presenta la conducta considerada problemática, los cuales probabilizan la presentación de ésta, sin formar parte directa de la relación entre el consultante y otra persona/objetos/eventos. Dentro de éstas se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La descripción de la circunstancia social (el tipo de relación establecida: sea familiar, de amistad, de trabajo, de aprendizaje, entre otras) y los acontecimientos físicos (el lugar, los objetos, otros). • La definición de la conducta socialmente esperada por el grupo social del usuario (inclinación social), la capacidad del consultante de ejercer las conductas esperadas por otros (competencia social), las inclinaciones a actuar del usuario (es decir, los gustos, preferencias, estados de ánimo, condiciones biológicas y 	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

	conductas previas asociadas a la conducta “problemática”) y las conductas y relaciones que tuvieron determinados efectos en situaciones similares en el pasado (tendencia a actuar).													
Comportamientos de otros ante los cuales tiene lugar la problemática	<p>Se describen las formas concretas de los comportamientos de las otras personas involucradas en la presentación de la conducta “problemática”, así como la respuesta que ellos tienen, la cual puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auspiciador: Quien propicia o facilita las condiciones necesarias para que se presente la conducta “problemática”, sin participar directamente en la relación entre el usuario y otros/objeto/eventos. • Regulador de inclinaciones: Quien modula estados de ánimo y regula disposiciones que afectan indirectamente la presentación de la conducta “problemática” en dicho contexto. • Mediador de la contingencia: Quien con su conducta estructura y regula la relación que se está dando entre el usuario y otros/objetos/eventos, para que los demás se articulen contingencialmente. • Mediado: Aquel cuya conducta es regulada por el mediador de la microcontingencia • Regulador de la tendencia: 	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

	Quien ajusta la tendencia bien sea porque ha estado presente en situaciones similares en el pasado del usuario o porque en el contexto actual tiene dicha capacidad.										
Relación de consecuencia entre la conducta del individuo y la conducta de los otros	Se refieren los efectos de la conducta “problemática”, sean estos sobre otros (alteración de la conducta de otros resultado de la conducta del consultante), sí mismo (alteración del comportamiento del usuario debido a su conducta en el contexto en que se presenta el comportamiento “problemático”) o sin efecto (no cambio en la conductas de otros o del usuario).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ejercicio no problemático de la conducta	Se describe el ejercicio no problemático de la conducta, es decir, aquellas situaciones en las que el comportamiento "problemático" no se define como tal. Este incluye tanto la descripción de las situaciones y de otros involucrados, así como otras conductas que se presenten, para identificar la función socialmente aceptada del comportamiento y la valoración social de la problemática	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<i>Definición de las relaciones macrocontingenciales</i>	Se identifica la correspondencia entre las prácticas del usuario y las prácticas de los grupos sociales a los cuales pertenece, sean éstas valoradas explícita o implícitamente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prácticas sociales dominantes en relación con la conducta individual y las microcontingencias problemáticas	Se define el contexto del grupo social del consultante de acuerdo con sus valores, es decir, se describen las costumbres, prácticas, creencias y forma de vida del grupo social al que pertenece el usuario.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Identificación de las	Se describen situaciones similares	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

microcontingencias ejemplares	en las cuales las prácticas del grupo social explicitan el "deber ser" de las relaciones sociales, por medio de las siguientes funciones: prescripción (moldear o instruir una forma de relación), indicación (señalar una opción por encima de otra), facilitación (auspiciar o disponer condiciones para que se dé la relación), justificación (instruir sobre las consecuencias deseables de la relación), sanción (llevar a cabo consecuencias concretas de la relación), advertencia (señalar consecuencias que pueden ocurrir dada la relación), comparación (contraste de dos formas de relación), condicionamiento (instruir sobre los requerimientos previos a la relación), prohibición (señalar la imposibilidad de una conducta) y expectativa (instruir sobre demandas sociales que debe satisfacer la relación).													
Grupos sociales vinculados a las prácticas macrocontingenciales y que regulan las microcontingencias	Se describen los grupos sociales a los cuales pertenece el consultante y que tienen relación con la conducta "problemática"	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Correspondencias macrocontingenciales	Se compara la conducta del usuario entre diferentes microcontingencias problemáticas, diferentes microcontingencias ejemplares, y entre microcontingencias problemáticas y ejemplares; con el fin de observar el grado de adecuación entre éstas. Se debe tener en cuenta que existen dos tipos de correspondencias: las Intracontingenciales (aquellas que entre las mismas microcontingencias, sean estas ejemplares o problemáticas,	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

	cuando el consultante responde a la situación como si se estuviera en otra, ya sea porque no se responde a las propiedades presentes o porque se responde a ellas como si tuvieran propiedades distintas) e Intercontingenciales (aquellas que se dan entre la diferentes contingencias ejemplares y problemáticas).													
Efectos microcontingenciales en comparación con los valores de referencia	Con base en el análisis de correspondencias, se observa que la falta de correspondencia entre la microcontingencia ejemplar y problemática, referirá problemas de orden macrocontingencial, mientras que la falta de correspondencias entre sí mismas (diferentes microcontingencias ejemplares y diferentes microcontingencias problemáticas) manifiesta dificultades a nivel microcontingencial.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
<i>Génesis del problema</i>	Se refiere al análisis del origen del problema, de los recursos conductuales y de los estilos de interacción del individuo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
Historia de la microcontingencia:	Se identifica la circunstancia en la que la conducta se empezó a valorar como problema, a través de: <ul style="list-style-type: none"> La descripción de la situación en la que inició la microcontingencia actual, es decir, el origen de las relaciones que delimitan el comportamiento considerado problemático. La identificación de las conductas y funciones disposicionales (facilitación o interferencia en la 	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			

	presentación de la conducta) en el pasado, de las personas significativas en la microcontingencia											
Descripción de la funcionalidad de las conductas en otros contextos.	Se identifica la función de la conducta “problemática” en contextos no problemáticos, así como los efectos de ésta en dicho contexto.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Identificación de la disponibilidad de conductas no problemáticas, que potencialmente podrían ser funcionales en la microcontingencia actual.	Se evalúan respuestas adecuadas del usuario en situaciones similares, así como el comportamiento del consultante ante los otros significativos en situaciones no problemáticas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<i>Análisis de soluciones</i>	Se define el mantenimiento y/o modificación de la micro o la macrocontingencia	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Eje microcontingencial	Se selecciona entre el cambio o mantenimiento de este sistema, con base en lo obtenido en el análisis del sistema macrocontingencial.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Eje microcontingencial	Se selecciona entre el mantenimiento de la microcontingencia, cambiar la conducta de otros, cambiar la conducta propia, seleccionar nuevas relaciones microcontingenciales o suscitar otras opciones funcionales.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<i>Procedimientos de intervención</i>	Se seleccionan, diseñan e implementan los procesos de intervención.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Definición de objetivos terapéuticos	Conforme a lo obtenido en el proceso de evaluación se definen las metas a alcanzar durante el proceso terapéutico, en concordancia con las expectativas del consultante. Dichas metas deben ser reales, concretas y necesarias.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Evaluación de los procesos de intervención	Se seleccionan o diseñan procedimientos de intervención que cumplan con las siguientes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

[illegible]

[illegible]

Guías de formulación clínica

Guías de formulación Análisis contingencial

Consultante:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Terapeuta:

Fecha:

Motivo de consulta:

Identificación de las relaciones microcontingenciales

Condiciones situacionales		Morfología de la conducta		Efectos contingenciales
Circunstancia social		Descripción	Características dinámicas	Sobre otros
		Morfología efectiva		
Acontecimientos físicos				
		Morfología afectiva		
Inclinación social				Sobre sí mismo
Competencia social		Conductas de otros		
		Descripción	Función	
			Auspiciador ()	
			Disposicional ()	
			Mediador de contingencia ()	
			Mediado ()	
			Regulador de tendencia ()	
Inclinaciones				Sin efectos
Tendencias				

Ejercicio no problemático de la conducta

Situaciones	Otros significativos	Otras conductas presentes

Consultante:
Motivo de consulta:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Terapeuta:

Fecha:

Identificación de las relaciones macrocontingenciales

Contexto de valores

Costumbres	Prácticas	Creencias	Forma de vida de grupo social

Definición de las microcontingencias ejemplares

Microcontingencia ejemplar	
Descripción	Propiedad definitoria del otro
	<i>Prescripción</i> ()
	<i>Indicación</i> ()
	<i>Facilitación</i> ()
	<i>Justificación</i> ()
	<i>Sanción</i> ()
	<i>Advertencia</i> ()
	<i>Comparación</i> ()
	<i>Condicionamiento</i> ()
	<i>Prohibición</i> ()
	<i>Expectativa</i> ()

Problema identificado:

PROTOCOLO DE ANÁLISIS CONTINGENCIAL

59

Guías de formulación Análisis contingencial

Consultante:
Motivo de consulta:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Terapeuta:

Fecha:

Génesis del problema

Historia de la microcontingencia	Funcionalidad en otros contextos	Disponibilidad de otras conductas
<p><i>Circunstancia de inicio conducta</i></p>	<p><i>Función de la conducta en contextos no problemáticos</i></p>	<p><i>Microcontingencias no problemáticas</i></p>
<p><i>Situación de inicio de la microcontingencia</i></p>		<p><i>Respuestas adecuadas ante contingencias semejantes</i></p>
<p><i>Funciones disposicionales de otros en el pasado</i></p>	<p><i>Efectividad de la conducta en contextos no problemáticos</i></p>	<p><i>Respuestas en interacciones no problemáticas ante otros significativos</i></p>

Descripción del origen de la conducta "problemática"

Consultante:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Terapeuta:

Fecha:

Motivo de consulta:

Análisis de soluciones

	Cambio macrocontingencial	Mantenimiento macrocontingencial
<i>Mantenimiento microcontingencial</i>		
<i>Cambiar la conducta de otros</i>		
<i>Cambiar la conducta propia</i>		
<i>Opción nuevas microcontingencias</i>		
<i>Opciones funcionales de las mismas conductas</i>		

Procedimiento de intervención

Metas establecidas por el consultante	Objetivos terapéuticos

PROTOCOLO DE ANÁLISIS CONTINGENCIAL

61

Guías de formulación Análisis contingencial

Consultante:
Motivo de consulta:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Terapeuta:

Fecha:

MATRIZ DE EVALUACIÓN Naturaleza de la interacción terapéutica

TIPO DE PROCEDIMIENTOS

	ADQUISICIÓN		PRECISIÓN		OPORTUNIDAD		RELACIÓN DE EFECTO		TENDENCIA	
	<i>Terapia</i>	<i>Función del terapeuta</i>	<i>Terapia</i>	<i>Función del terapeuta</i>	<i>Terapia</i>	<i>Función del terapeuta</i>	<i>Terapia</i>	<i>Función del terapeuta</i>	<i>Terapia</i>	<i>Función del terapeuta</i>
Alterar disposición										
Alterar conducta propia										
Alterar conducta otros										
	TERAPIAS 1.					FUNCIONES DEL TERAPEUTA A. Informar B. Entrenar C. Regular D. Instruir E. Auspiciar F. Participar G. Instigar				